

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNA CONTRA SARS-COV-2



Yo, R.U.N:.....
desempeño funciones en:, con
fecha.....tomo conocimiento del Proceso de Vacunación **CONTRA
SARS-COV-2** que se realizará próximamente en el Hospital Psiquiátrico El
Peral, en cuanto a que:

- El proceso de vacunación consta de 2 dosis, separadas por 21 días (+/-2 días).
- No se sabe con exactitud los días de vacunación, se incluyen en éstos sábados, domingos y festivos.
- La vacunación se realizará sólo en 2 días, en horario de 09:00 a 17:00 horas.
- Se realizará citación telefónica el día y horario en que debe acudir a administrarse la vacuna.
- Las contraindicaciones son Embarazo- Haber padecido shock anafiláctico (por cualquier causa). En el caso de Lactancia Materna, la funcionaria decide si acepta la vacuna, en tal caso debe consentir finalizar con lactancia de manera permanente.
- Las reacciones adversas informadas son dolor en el lugar de la inyección, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón y enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, malestar, Linfadenopatía (0,3%).

Marcar con X

.....**Acepto VACUNA CONTRA SARS-COV-2**

**TELEFONO DE CONTACTO
(OBLIGATORIO)**

.....**Rechazo VACUNA CONTRA SARS-COV-2**

Firma Funcionario

Nombre y Firma del
profesional que realiza
Consentimiento Informado

Nota: el aceptar la vacunación y no acudir a su administración tiene como consecuencia Medidas Administrativas, pues esto implica desperdicio de recursos públicos.